



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
CONSEJO DE EDUCACIÓN DE PUERTO RICO
Área de Licenciamiento y Acreditación
 P.O. Box 19900, San Juan, PR 00910-1900
 Tel. 787 641-7100

<i>Fecha y Hora de Recibo de Documento</i>	<i>Fecha y Hora de Salida de Documento</i>
--	--

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN BÁSICA
 (Favor de Llenar en Letra de Molde)

Nombre del Estudiante:
 (Solicitante) _____

Dirección Postal:

Teléfono Residencial: _____ **Celular:** _____ **Otro:** _____

Lugar de Trabajo: _____ **Núm. Teléfono y Ext:** _____

Correo Electrónico: _____

Desea que se le envíe el documento por correo: Si No - Después de 5 días se enviará por correo postal.

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD: Departamento de Estado (Estudios en el Extranjero) Trabajo
 Estudios en Puerto Rico Otro: _____

CANTIDAD DE CERTIFICACIONES: \$5.00 c/u **Marque el Idioma:** Español Inglés

Solicitud #1	Solicitud #2	Solicitud #3
1. Nombre y Pueblo de la Institución: _____ _____	2. Nombre y Pueblo de la Institución: _____ _____	3. Nombre y Pueblo de la Institución: _____ _____
1. Grado académico o nombre del curso tomado: _____ _____	2. Grado académico o nombre del curso tomado: _____ _____	3. Grado académico o nombre del curso tomado: _____ _____
1. Año de Graduación o Fecha de Estudio: _____	2. Año de Graduación o Fecha de Estudio: _____	3. Año de Graduación o Fecha de Estudio: _____

Firma del(de la) Solicitante

Fecha

PARA USO DE LA AGENCIA		
Recibo Núm. _____	Débito/Crédito: \$ _____	GIRO: \$ _____
ENTREGADA A: _____ (Nombre Completo en Letra de Molde)		
_____	_____	_____
Firma	Fecha	
<i>Para uso de la Oficina de Licencias</i>		
Comentarios: _____		
Referido para trabajar a Especialista o Funcionario de Licenciamiento y Acreditación _____		